Symptomkalender Pädiatrische Allergologie

0= keine Symptome	1= leichte Symptome	2= mässige Symptome	3=schwere Symptome

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

Datum	Symptome																Monat:	Jahr:	Wetter		
	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl / Dosis), Bemerkungen				
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3					
1.																					
2.																					
3.																					
4.																					
5.																					
6.																					
7.																					
8.																					
9.																					
10.																					
11.																					
12.																					
13.																					
14.																					
15.																					
16.																					
17.																					
18.																					
19.																					
20.																					
21.																					
22.																					

23.																			
24.																			
25.																			
27.																			
28.																			
29.																			
30.																			
31.																			

Symptomkalender Pädiatrische Allergologie

0= keine Symptome	1= leichte Symptome	2= mässige Symptome	3=schwere Symptome

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

Datum	Symptome																Monat:	Jahr:	Wetter		
	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl / Dosis), Bemerkungen				
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3					
1.																					
2.																					
3.																					
4.																					
5.																					
6.																					
7.																					
8.																					
9.																					
10.																					
11.																					

12.																			
13.																			
14.																			
15.																			
16.																			
17.																			
18.																			
19.																			
20.																			
21.																			
22.																			
23.																			
24.																			
25.																			
27.																			
28.																			
29.																			
30.																			
31.																			